

Année 1928

THÈSE

N°

11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

EUGÈNE BATUT

Né à Paris, le 29 Mai 1900

MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

CONSULTATION DE STÉRILITÉ

Trois ans de fonctionnement

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur le Prince (VI^e Arr.)

1928

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1928

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

EUGÈNE BATUT

Né à Paris, le 29 Mai 1900

MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

CONSULTATION DE STÉRILITÉ

Trois ans de fonctionnement

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur le Prince (VI^e Arr.)

1928

Doyen.

M. ROGER.

I. — Professeurs.

MM.

Anatomie.
 Anatomie médico-chirurgicale.
 Physiologie.
 Pathologie expérimentale.
 Chimie organique et chimie générale.
 Bactériologie.
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.
 Pathologie et Thérapeutique générales.
 Pathologie médicale.
 Pathologie chirurgicale.
 Anatomie pathologique.
 Histologie.
 Pharmacologie et matière médicale.
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.
 Thérapeutique.
 Hygiène.
 Médecine légale.
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée.

ROUVIERE.
 CUNEO.
 ROGER.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 MARCEL LABBE.
 SICARD.
 LECENE.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFENEAU.
 M. VILLARET.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 RATHERY.

Clinique médicale.

CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 WIDAL.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUZEROT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 L. BERNARD.

Clinique chirurgicale.

DEL BET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.

Clinique ophtalmologique.

TERRIEN.
 LEGUEU.

Clinique urologique.

COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.

Clinique d'accouchements.

J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.
 BRANCA.

Clinique gynécologique.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

Clinique thérapeutique médicale.

Clinique oto-rhino-laryngologique.

Clinique thérapeutique chirurgicale.

Clinique propédeutique.

Professeur sans chaire.

II. — Agrégés en exercice

MM.

MM.

ABRAMI. Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BASSET. Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. Pathologie médicale.
 BINET. Physiologie.
 BLANCHETIERE. Chimie biologique.
 BROCCO. Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.

CHIRAY. Pathologie médicale.
 CHIRAY. Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ. Hygiène.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 DUVOIR. Médecine légale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER. Pathologie expérimentale
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD.	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOYEUX.	Parasitologie.
LABBE HENRI. . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL. . . .	Obstétrique.
LHERMITTE. . . .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
MERCIER F. . . .	Pharmacologie.
METZGER.	Obstétrique.

MM.

MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
QUENU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. . . .	Physiologie.
SEZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
VELTER.	Ophtalmologie.
VERNE.	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.	Pharmacologie.
GUENIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX.	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER. . . .	Histologie.
ZIMMERN.	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.

MM.

LERI.	Clinique médicale.
MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....

} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY.

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT.

Éducation physique.

LEDoux-LEBARD.

Radiologie clinique.

WEILL-HALLÉ.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152015_0067

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale

à la clinique Baudeloque

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous fit d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

AU DOCTEUR DEVRAIGNE

Officier de la Légion d'Honneur

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Qu'il nous permette de lui adresser ici
l'hommage de notre respectueuse recon-
naissance pour ses conseils éclairés et pour
la bienveillance avec laquelle il nous a
toujours accueilli. C'est à lui que nous
devons l'idée de cette thèse.

AU DOCTEUR SÉGUY

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Ce travail a été fait sous ses auspices
et ses directives et conseils nous ont été
d'un puissant secours.

AU DOCTEUR J. AYRIGNAC

En souvenir des années passées auprès
de lui et en hommage de ma profonde
gratitude.

INTRODUCTION

Le DOCTEUR L. DEVRAIGNE, accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, continuant son œuvre remarquable de puériculture et d'hygiène sociale, ouvrit dans son service, voici maintenant trois ans, une consultation pour femmes dites stériles. Ce fut une manifestation de plus de cette activité de vingt-cinq ans mise au service d'une cause dont il est inutile de souligner la noblesse et l'importance. Alors que grâce à lui tant d'efforts avaient été tentés pour sauver la vie des tout petits, il voulut faire plus en s'efforçant de donner à toutes ces femmes assoiffées de maternité le maximum de chances de voir réaliser leur rêve.

Mais pour ce faire, il fallait s'attaquer à un problème bien ardu, à de multiples inconnus : à la stérilité féminine tant dans ses causes anatomiques que physiologiques et pathologiques. La nouvelle consultation créée par le DOCTEUR DEVRAIGNE répondit à ce but.

Ce modeste travail sera l'exposé du fonctionnement de cette consultation au cours de ces trois dernières années. Dans une première partie, nous ferons part au lecteur de nos observations, puis nous passerons en revue les

divers traitements mis en œuvre et nous terminerons en donnant les résultats obtenus. Si nous tenons, cependant, à attirer l'attention sur la valeur de nos observations, ce sont, en effet, des observations prises en série continue et se rapportant à des femmes venues consulter uniquement pour leur stérilité ; nous devons faire remarquer que notre travail est loin de porter sur la totalité de nos malades. Nous n'avons tenu compte uniquement que de celles qui, suivies longuement et examinées au cours de nombreuses visites, se sont conformées aux indications thérapeutiques posées. Nous avons éliminé d'emblée toutes celles qui, ou venues une seule fois ou suivies irrégulièrement, ne purent être mises à l'épreuve du traitement d'une façon satisfaisante.

OBSERVATIONS

Une étude approfondie appuyée sur de nombreux examens et constatations cliniques nous a conduit à diviser les femmes stériles en deux grandes catégories : les stériles congénitales et les stériles acquises.

STÉRILES CONGÉNITALES

Il s'agira dans tous ces cas de femmes dont le développement des organes génitaux aura été entravé dans son évolution normale. Nous ne citons ici que pour mémoire les cas d'anomalies anatomiques, les cas de mutilations chirurgicales ou thérapeutiques, qui ne nous intéressent pas. La notion d'hypoplasie, d'hypotrophie, dominera ce chapitre. Ces troubles dystrophiques peuvent frapper le vagin et de telles malades arriveront à l'âge adulte avec un organe infantile. L'hypotrophie utérine portera tantôt sur le corps, d'où un utérus pubescent, tantôt sur le col, d'où cols longs et pointus, hors de portée, ou courts et coniques à orifice atrésié et punctiforme. Cette étroitesse du col, créant une stagna-

lion et rétention des produits, favorisera l'infection, aidera son extension et entretiendra sa chronicité. A signaler chez de telles malades la présence de cul-de-sac postérieur profond, créant les fausses routes du coït, ainsi que l'existence de brides ou de diaphragmes vaginaux. Les organes profonds, trompes et ovaires, seront eux aussi touchés, et nous tenons à noter dans de telles observations la présence d'ovaires kystiques et même scléro-kystiques.

Ces troubles du développement seront souvent accompagnés de déviations utérines qui, si elles n'empêchent pas d'une façon absolue la conception, la rendent néanmoins plus difficile. La rétroflexion est assez rare. L'antéflexion, témoin d'un état général puéril, est de beaucoup la plus fréquente. Elle favorisera les sténoses du col, de l'isthme et du canal cervical, conditionnant ce que Pozzi appelait la métrite cervicale sténosique.

Tous ces organes, anatomiquement anormaux, ont leur physiologie troublée dans son fonctionnement glandulaire. Parfois, il s'agira de femmes jeunes, dysménorrhéiques, accusant, dès le début de leur vie génitale, des règles peu abondantes et douloureuses. Dans ces cas, nous observons souvent un embonpoint progressif, indice populaire de stérilité. Ce sont des femmes en état de torpeur ovarienne (DE ROUVILLE). D'autres, au contraire, présentent des règles abondantes avec caillots, irrégulières en quantité et en qualité. Dans la plupart de ces cas, nous avons souvent remarqué la présence de manifestations d'hyperthyroïdie. Nous attirons l'attention sur l'étroite interdépendance unissant l'ovaire à la thyroïde.

Chez de telles malades, les troubles hypoplasiques seront, en général, localisés à l'appareil génital et accompagnés d'une morphologie normale. Mais, parfois, cette hypoplasie peut se généraliser et aboutir à un terme ultime, heureusement assez rare : au myxœdème, nous donnant le tableau complet de l'atrophie génitale avec frigidité, dysménorrhée et même aménorrhée complète. A tous ces troubles, nous nous sommes toujours efforcés de trouver une étiologie. De nombreux examens cliniques et sérologiques ont décelé très souvent, chez de telles malades, la présence d'une hérédosyphilis presque toujours méconnue.

C'est un point sur lequel avait particulièrement insisté le DOCTEUR DEVRAIGNE au dernier Congrès de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. « N'est-il pas permis de penser, dit-il, que les aplasies génitales signalées par le PROFESSEUR HUTINEL comme une manifestation possible d'une hérédosyphilis larvée, doivent expliquer de nombreux cas de stérilité chez des femmes bien constituées en apparence, mais présentant de l'insuffisance ovarienne manifeste. En cas d'échec des médications opothérapiques variées et prolongées, ne vaudrait-il pas mieux, même avec un séro-diagnostic négatif, essayer le traitement spécifique d'épreuve ? » Cette hérédosyphilis, qui peut porter sur tout l'être, peut se localiser sur un seul organe, d'où les troubles dystrophiques lésant uniquement l'appareil génital. On peut espérer que le développement des dispensaires de prophylaxie, annexés aux maternités, restreindra ou améliorera toutes ces aplasies à l'étiologie desquelles se retrouvera une hérédosyphilis larvée. Notons aussi le rôle possible de

l'hérédo-syphilis dans l'altération des glandes vasculaires sanguines, créant ainsi un syndrome adiposo-génital ou favorisant tous ces états d'infantilisme génital dont nous avons déjà parlé.

STÉRILITÉS ACQUISES

Ces stériles forment le deuxième chapitre de notre classification. Elles auront une pathogénie bien différente des précédentes. Nous nous trouvons ici en présence de femmes congénitalement bien constituées, aptes à être fécondées. Ces femmes, ou bien n'ont jamais eu de grossesses, ou bien, ayant déjà été enceintes, ne peuvent plus le redevenir.

L'interrogatoire nous donnera souvent la raison de cette stérilité, en nous montrant dans le passé de ces femmes, plus ou moins tôt au cours de leur vie génitale, un épisode aigu fébrile traduisant une infection puerpérale exogène. S'il s'agit de stérilités acquises primitives, ce sera généralement l'insidieuse et latente infection gonococcique. Beaucoup plus complexe sera l'étiologie infectieuse dans les cas de stérilités acquises secondaires. A côté du gonocoque toujours possible, l'agent infectieux variera. C'est, le plus fréquemment, le streptocoque introduit dans l'organisme *post-partum*, mais surtout *post-abortionum*. Dans les deux cas, le processus sera presque identique. L'infection, localisée au début dans la cavité cervicale, donnera une métrite plus ou moins grave, puis gagnera par la suite le corps utérin.

Ce sera l'agent actif de l'endométrite, qui tendra à léser la muqueuse du corps et la muqueuse tubaire. Enfin, à un stade ultime, s'installera une salpingite uni ou bi-latérale. Cette affection sera grave comme pronostic, rebelle à tout traitement s'il s'agit d'une salpingite gonococcique. Le pronostic en sera meilleur et elle sera plus facilement curable s'il s'agit d'une salpingite puerpérale. Dans ce cas, les lésions anatomiques sont plus péri-salpingiennes que salpingiennes et respectent bien souvent l'intégrité du canal tubaire.

Presque toujours, cette infection s'accompagne de troubles congestifs, de processus inflammatoires et de réactions adhérentielles. L'utérus sera dorénavant fixé en mauvaise position. Tantôt il sera repoussé latéralement ou basculé en avant. Mais le plus souvent il sera amené en rétroversion. Il est inutile d'insister sur l'importance de ces troubles de la statique comme étiologie de la stérilité.

En terminant ce chapitre, nous voulons une fois de plus attirer l'attention sur le rôle primordial que joue l'infection. Il nous suffira de rappeler qu'elle lèse l'arbre génital dans son entier, conditionnant les métrites simples aussi bien que celles compliquées d'annexites, d'inflammations pelviennes et de déviations utérines.

D'autres causes secondaires, favorisant un état de stérilité, entrent aussi en jeu. Le PROFESSEUR PINARD a insisté sur la fréquence extrême des fibromes chez les femmes stériles. Quant à nous, si nous avons été frappé du peu de stérilités imputables à des fibromes, il est vrai de dire que nos malades étaient presque toujours des fem-

mes jeunes et que nous n'admettions que des fibromes cliniquement constatés. Il nous a paru intéressant de noter aussi le rôle important du périnée comme moyen de contention du sperme au contact du col. La déficience du périnée et des releveurs survenant chez une stérile secondaire à la suite d'un accouchement antérieur, est une gêne à la fécondation normale. Citons encore comme cause secondaire l'existence de troubles nerveux qui semblent gêner la faculté procréatrice.

THÉRAPEUTIQUE

Dans ce chapitre, nous allons exposer les divers traitements mis en œuvre à la consultation. S'attaquant à des causes multiples, notre thérapeutique ne sera pas uniforme, mais devra être éclectique afin de s'adapter à chaque cas particulier.

Nous avons pour habitude, avant de commencer tout traitement, d'examiner au préalable le mari afin d'être fixé sur sa valeur procréatrice. Un examen génital externe nous permettra de dépister tous les cas d'hypospadias, d'atrophie et d'ectopie testiculaire. Nous n'oublierons pas au cours de cet examen le rôle joué dans l'étiologie de l'azoospermie par des noyaux d'orchites ourliennes et les orché-épididymites gonococciques et tuberculeuses. Un examen microscopique nous renseignera non seulement sur la présence de spermatozoïdes, mais aussi sur leur valeur fonctionnelle (nombre, mobilité, résistance).

Un seul examen ne nous autorisera pas à conclure à l'azoospermie maritale. Nous insistons sur la nécessité de pratiquer des examens répétés. Nous avons même pensé faire œuvre utile en prescrivant un tonique (acide phos-

phorique) dans les cas où nous constatons une valeur spermatique déficiente. Enfin, la spermoculture peut déceler un gonocoque latent qu'il importera de traiter. Ces examens ont permis de ramener de 8 à 10 % les cas où l'azoospermie maritale est cause certaine de stérilité. La stérilité frappe donc la femme bien plus souvent que son partenaire. « La syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose, les intoxications chroniques, les lésions gonococciques, n'ont point sur l'appareil générateur masculin les mêmes prises que sur les organes génitaux féminins en ce qui concerne l'extinction de leurs facultés procréatrices » (D^r TUSSEAU). Ce n'est que lorsque l'examen du mari a été jugé satisfaisant et alors seulement que nous organisons le traitement féminin.

Notre première préoccupation est de supprimer ou au moins d'améliorer tous les états génitaux infectieux en traitant la septicité utérine et les inflammations annexielles. Parmi les si nombreux traitements des métrites qui, souvent, se révèlent bien décevants et inefficaces, notre choix n'a retenu que ceux qui paraissent nous avoir donné de réels succès : l'électro-coagulation, la diathermie et le Filhos.

La diathermie est le traitement de choix des métrites légères accompagnées de quelques pertes glaireuses peu abondantes, non douloureuses. Mais ce traitement s'est révélé complètement insuffisant dans les grosses métrites accompagnées d'ulcérations du col. Dans de tels cas, l'électro-coagulation nous a donné pleine satisfaction. Nous employons aussi le caustique Filhos. Ce dernier traitement, « affaire de coup d'œil et d'expérience »,

donne, entre des mains expertes, d'excellents résultats dès les toutes premières applications.

Dans les cas de salpingites associées, nous continuons la thérapeutique classique : grandes injections chaudes, cures hydrominérales Luxeuil, auxquelles nous associons des séances de diathermie transabdominale. Nous avons vu de la sorte rétrocéder des salpingites puerpérales et même gonococciques, pourtant combien plus tenaces et rebelles.

Dès l'infection guérie ou sérieusement améliorée, et alors seulement pour éviter l'inoculation de la cavité utérine par des produits septiques, nous pratiquons l'examen de la perméabilité tubaire. Pour ce faire, nous opérons suivant la méthode et avec l'instrumentation mise au point par le DOCTEUR SÉGUY. Cet appareil présente de sérieux avantages sur ceux, déjà nombreux, mis en usage. Il nous suffira de rappeler qu'il permet une prise symétrique aisée et solide du col. Grâce à un jeu de plusieurs cônes, il est possible d'obturer tous les cols, les plus petits comme les plus gros. L'extrémité de la sonde étant très courte, elle pénètre peu dans la cavité utérine. L'appareil est ainsi facilement toléré, peu douloureux, peu dangereux au point de vue infection et ne nécessitant pas de dilatations préalables. Un mandrin permet de vérifier à tout moment la perméabilité de la sonde, qui peut se boucher. En présence d'une chute manométrique, grâce à l'adjonction d'un robinet sur la sonde, il est facile de vérifier l'étanchéité de l'appareil et de diminuer toute hypothèse de fuite. Grâce à une seringue de petite contenance, possédant un manomètre

directement branché sur elle, l'appareil enregistreur présente une grande sensibilité. Enfin, autre avantage, le même appareil peut servir à une double fin : les insufflations tubaires et les examens au Lipiodol.

Cependant, nous n'accordons plus désormais une grosse valeur thérapeutique à l'insufflation seule et nous ne croyons pas qu'elle puisse avoir d'intéressants résultats dans le traitement de la stérilité. En effet, alors que, classiquement, le pourcentage des succès obtenus grâce à elle est assez élevé, nous n'avons constaté que deux succès sous la dépendance certaine et indiscutable de l'insufflation sur plus de deux cent cinquante cas traités. « A notre avis, l'insufflation a sur les trompes une action similaire à la dilatation par lamineires ou par bougies sur le col utérin. Elle favorise, elle facilite le passage des spermatozoïdes. Elle équivaut à un cathétérisme, mais elle est incapable de rendre perméable une trompe bouchée » (DOCTEUR SÉGUY). Mais, « s'il faut avoir fait beaucoup d'insufflations tubaires pour pouvoir en tirer des déductions utiles », ce procédé d'exploration nous intéresse au premier chef. Il autorise un pronostic favorable dans les cas où les trompes sont perméables, mais beaucoup plus réservé dans les cas où les trompes sont bouchées. Nous allons successivement étudier ces deux cas.

FEMMES STÉRILES AVEC TROMPES BOUCHÉES

Une longue expérience nous a rendu, en effet, sceptique sur la possibilité de déboucher une trompe, même

par des insufflations répétées. « Sans vouloir nier cette éventualité, nous n'avons jamais eu, au cours d'un nombre élevé d'insufflations que nous avons pratiquées, l'impression de déboucher des trompes » (DEVRAIGNE et SÉGUY). Mais une nouvelle méthode est survenue, combien plus intéressante pour nous : l'injection intra-utérine de Lipiodol, suivie d'une radio-tubo-utérine, méthode qui autorisera une thérapeutique active efficace et rationnelle.

A d'aucuns les injections lipiodolées ont pu paraître paradoxales. Ils leur reprochent de constituer un obstacle mécanique et d'entretenir une épine irritative. Notre expérience personnelle ne nous a pas permis de prendre comme sérieuses ces deux critiques. A notre avis, non seulement l'injection intra-utérine n'est pas dangereuse, et pour ce dire nous nous appuyons sur plus de soixante cas traités, mais elle permet le diagnostic exact de la perméabilité et, en cas de sténose, de limiter exactement le siège de l'oblitération. De plus, elle semble constituer un agent thérapeutique des plus actifs. Nous avons vu douze traitements au Lipiodol être suivis de trois grossesses. Enfin, grâce au renseignement radiographique, le chirurgien pourra souvent tenter une intervention réparatrice logique : salpingostomie, implantation tubo-ovarienne.

FEMMES STÉRILES AVEC TROMPES PERMÉABLES

Ce sont ces cas qui nous ont donné le plus de succès. Pour la commodité, reprenons notre classification première : stériles congénitales et stériles acquises.

Stériles congénitales

Notre thérapeutique visera ici à traiter l'hypotrophie génitale et à redresser la statique utérine. Contre les cols défectueux : cols longs, coniques, à orifice punctiforme, nous pratiquons la stomatoplastie de Pozzi, qui aura pour but de raccourcir le col et d'en maintenir la béance. Nous faisons suivre cette stomatoplastie d'un curettage qui, raclant la muqueuse, stimule l'utérus. Contre les flexions, avant de penser à une pexie, nous employons la dilatation aux bougies de Hégar dans les quatre ou cinq jours qui suivent les règles. Mais tout cela serait insuffisant si nous ne traitions le dysfonctionnement ovarien. Il nous faudra tantôt stimuler la fonction ovarienne, tantôt améliorer les états dysménorrhéiques. L'opothérapie met à notre disposition des extraits glandulaires seuls ou associés. Nous tenons à signaler ici « la remarquable efficacité des extraits totaux d'ovaires féminins dans l'insuffisance ovarienne et dans tous les cas de prémenopause ou de ménopause précoce. Il semble qu'on réalise ainsi une véritable greffe ovarienne transitoire, mais efficace » (SÉGUY). Nous voulons insister particulièrement sur les bons effets d'un traitement opothérapique prolongé et continu, employé même chez des femmes dont le fonctionnement ovarien pouvait nous paraître normal. Nous avons des cas où ce traitement nous a donné à la longue des résultats inespérés.

Mais il y aura des cas où toute thérapeutique : suppression de l'infection, traitement opothérapique, interventions sur le col et le corps de l'utérus, ne donnera

aucun résultat. Nous conseillons alors une laparotomie exploratrice qui, seule, nous permet de savoir s'il n'existe pas un obstacle mécanique au niveau des trompes et des ovaires : coudures, plicatures, adhérences. Ces obstacles pourront être supprimés et même avec succès, comme nous en avons un exemple typique suivi de grossesse.

Stérilités acquises

Dans tous ces cas, toutes les fois que cela nous a paru indiqué, nous rectifions les troubles de la statique utérine. Les rétroversions sont justiciables d'une pexie de l'utérus. D'autant plus que ce faisant nous réalisons un bon drainage et améliorons ainsi la métrite concomitante, si rebelle à tout traitement. Chez quelques stériles secondaires, nous avons pensé faire œuvre utile en pratiquant une périnéorrhaphie postérieure permettant de maintenir le sperme au contact du col.

Enfin, lorsque nous nous trouvons en présence de fibrome unique ou même peu nombreux, pédiculé ou sous-péritonéal, nous conseillons une myomectomie ou énucléation des fibromes. Cette intervention nous permet de conserver un appareil utéro-annexiel intact à une femme souvent jeune, en pleine activité génitale.

RÉSUMÉ

Arrivé au terme de notre exposé, le lecteur, qui aura bien voulu nous suivre au cours de ce modeste travail, est en droit de nous demander le bilan de l'œuvre accomplie : combien de maternités avez-vous récupérées ? Avant de répondre, nous tenons à faire remarquer que, sur les deux cent cinquante femmes environ sur lesquelles portent nos observations, cent soixante-dix à peine sont en plein traitement depuis un an. Ce n'est guère que depuis cette date que notre consultation est définitivement organisée avec tous ses moyens d'investigation et de thérapeutique. Il est inutile d'insister sur la grande prudence que nous avons toujours observée dans la constatation de nos succès. En voici d'ailleurs bien loyalement la liste :

Filhos.	1 succès.
Fécondation artificielle.	1 —
Salpingostomie.	1 —
Diathermie.	4 —
Insufflation.	3 —
Stomatoplastie.	3 —
Injectons lipiodolées.	4 —
Dilatation.	4 —
Opothérapie.	14 —

Certes, les efforts peuvent paraître à certains bien disproportionnés en regard des résultats obtenus. Mais, en tout cas, ces débuts sont prometteurs. Nous restons persuadés, après une expérience de trois ans, avec une technique maintenant bien au point, avec des moyens thérapeutiques plus étendus, de pouvoir améliorer très nettement le pourcentage des succès.

CONCLUSION

1). Les résultats obtenus depuis trois ans que fonctionne régulièrement à Lariboisière une consultation de stérilité, semblent des plus encourageants. Les succès paraissent suffisamment nombreux pour qu'à l'heure actuelle, où l'on cherche à lutter contre la dépopulation par tous les moyens, ces consultations spéciales de stérilité se multiplient. Il serait souhaitable, croyons-nous, que toute Maternité voit s'adjoindre, sous l'autorité du médecin accoucheur chef de service, une consultation officielle où pourraient être traitées et réconfortées le nombre si important des femmes désolées d'être stériles.

2). Nous croyons pouvoir tirer de notre exposé une seconde conclusion. Nous avons été frappé de voir qu'à mesure que les moyens thérapeutiques mis à la disposition de notre Maître, M. DEVRAIGNE, et de ses assistants, s'amélioraient, le nombre des résultats heureux s'accroissait parallèlement. Nous en déduisons que ces consultations, que nous désirons voir se développer dans toute Maternité, doivent être dotées de moyens d'investigation et de traitements les plus perfectionnés. Cette consultation

doit avoir à sa disposition, en plus des consultations annexes de gynécologie et de voies urinaires, un laboratoire pour différents examens microbiologiques, une radioscopie avec radiographie ; enfin des moyens de traitement encore plus modernes : diathermie, rayons infra-rouges, électrothérapie, etc. Ainsi dotées, je crois que ces consultations de stérilité constitueront une bonne arme contre la dénatalité si menaçante en France.

Vu : *Le Doyen,*

H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

COUVELAIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

M. CHARLETY.
